附件2

自贡市残疾儿童康复救助训练定点服务机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构注册名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 机构地址 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 机构登记机关 |  | 成立时间 | | | |  | | | | | | | | |
| 法定代表人 |  | 联系电话 | | | |  | | | | | | | | |
| 机构级别 | □省级 □市级  □县级 | 具备资质 | | | | □医疗 □教育 □其他 | | | | | | | | |
| 主管部门 |  | 隶属关系 | | | | □教育 □民政 □卫健  □残联 □其他 | | | | | | | | |
| 机构性质 | 公办：□教育 □民政 □卫健 □残联 □其他  民办：□民办非企业 □其它 | | | | | | | | | | | | | |
| 执业许可证号 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 主要许可业务范围 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 康复业务范围 | 康复手术：□视力 □听力 □肢体  康复训练：□视力 □听力 □言语 □肢体 □智力 □孤独症  辅具适配：□视力 □听力 □言语 □肢体 □智力 □孤独症 | | | | | | | | | | | | | |
| 场地情况 | 康复业务所在  楼层 层 | | | | 室外训练场地面积 m² | | 房屋来源 | | | □自有  □公有  □租赁  □公建民营 | | | | | |
|  | 康复业务场地  面积 m² | | 室内康复场地面积 m² | | | |  |  | | | | | |
| 安全管理 | □消防安全证明（公安、消防、住建等职能部门出具）  □定期组织安全演练  □消防设施设备  □安全监控设备  □安全管理制度  □主要场所视频安防监控系统  □环境消毒记录  □环境消毒设备（配备紫外线消毒灯等）  □突发事件应急预案  □日常安全管理制度及执行记录  □残疾儿童康复训练档案管理制度  □残疾儿童信息安全管理制度  □食品安全许可证及人员健康证（如有食堂需提供）  □应急医疗管理制度或措施  □无障碍设施建设 | | | | | | | | | | | | |
| 儿童康复业务情况 | 年收训人数 | | |  | | | 日最大接诊量  （康复训练） | |  | | | | |
| 已开展的康复服务  项目 |  | | |  | | |  | |  | | | | |
| 机构人员设置情况 | 总数 人 | | | | | | 管理人员人 人 | | | | | | |
| 专业技术人员 人 | | | | | | 管理、专业技术兼职人员 人 | | | |
| 康复医师 人 | | | | | | 康复治疗师 人 | | | | |
| 辅助性医技人员 人 | | | | | | 护士 人 | | | | | |
| 教师 人 | | | | | | 保育员 人 | | | | | | |
| 辅具技师 人 | | | | | | 保安人员 人 | | | | | | |
| 员工取得健康证明人数： | | | | | | | | | | | | |
| 机构承诺 | 本机构自愿提出申请,郑重承诺:1.提供的申报材料真实合法有效;2.自愿签订服务管理协议;3.严格执行管理实施办法(试行)中的内容和要求;4.愿意独立承担所有法律责任。特此申请检查评审。  机构法人代表签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 专家组审核意见 | 经专家组评审，该机构□符合□不符合《自贡市残疾儿童康复救助训练定点服务机构管理办法》相关要求，建议认定为 （类别）残疾儿童康复救助训练定点服务机构。  评审专家组成员确认签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 残联审核意见 | 意见：  （公示期结束后，作出认定意见）  签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

填报人： 联系电话： 填报时间:年 月 日